# Über
# nervöse Dyspepsie.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der

**hohen medizinischen Fakultät der Landes-Universität zu Rostock**

eingereicht von

Oskar Sinapius,
prakt. Arzt.

---

**Rostock.**
Universitäts-Buchdruckerei von Adler's Erben.
1894.

Dem Andenken

seiner

unvergesslichen Eltern

**in Liebe und Dankbarkeit**

gewidmet.

Statistische Zusammenstellungen aus Kliniken und Polikliniken über die in einem bestimmten Zeitraum beobachtete und behandelte Zahl gewisser Krankheiten oder Krankheitsgruppen sind wohl geeignet, einen Überblick über den Umfang der Thätigkeit und Leistungsfähigkeit derartiger öffentlicher Institute zu geben — einen wissenschaftlichen Wert haben sie dagegen im allgemeinen nicht. Wenn ich gleichwohl von Herrn Professor Martius den Auftrag erhielt, sämtliche in einem Zeitraum von 3 Jahren — vom 1. April 1891 bis 1. April 1894 — in der medizinischen Poliklinik der Universität Rostock zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Fälle von Magenerkrankungen zusammenzustellen und kritisch zu bearbeiten, so lag dazu ein besonderer Grund vor. Derselbe ergiebt sich aus folgender Gegenüberstellung.

Nach einer Veröffentlichung von Professor Moritz in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1894, Nr. 10, wurden im Jahre 1893 in der Münchener Poliklinik unter 6573 innerlich Erkrankter (nach Abzug der 651 laryngologischen Fälle) folgende Fälle von Magenerkrankungen behandelt:

| | |
|---|---|
| Acuter Magenkatarrh . . | 212 |
| Chronischer Magenkatarrh | 133 |
| Magenkrampf . . . . . | 33 |
| Magengeschwür . . . . . | 30 |
| | 408 |

= 6 % des Gesammtzuganges.

Vergleichen wir damit die Zusammenstellung der in der Rostocker Poliklinik beobachteten Fälle. Unter einem Gesamtzugang von 3112 Kranken befanden sich 334, also rund 10 %, deren Klagen sich ausschliesslich oder vorwiegend auf den Magen bezogen. Die Verteilung dieser 334 Fälle auf die einzelnen Kategorieen der Magenerkrankungen ergiebt die folgende Tabelle:

I. Organische Erkrankungen des Magens.

| | |
|---|---|
| 1. Carcinoma ventriculi | 39 |
| 2. Ulcus ventriculi | 75 |
| 3. Gastritis acuta | 9 |
| 4. Catarrhus gastr. chron. | 14 |
| 5. Chronischer Magendarmkatarrh | 5 |
| 6. Magenerweiterung | 8 |
| Summa | 150. |

II. Funktionelle Erkrankungen des Magens.

| | |
|---|---|
| 1. Typische Neurasthenie mit vorwiegend dyspeptischen Beschwerden | 16 |
| 2. Nervöse Dyspepsie (Leube) | 73 |
| 3. Nervöse Dyspepsie mit Hyperacidität (incl. continuierlichem Magensaftfluss [Riegel]) | 26 |
| 4. Nervöse Dyspepsie mit Hyp- oder Anacidität | 6 |
| 5. Nervöse Dyspepsie mit motorischen Anomalieen des Magens (Gastroptose, Hypermotilität u. s. w.) | 3 |
| Summa | 124. |

| | |
|---|---|
| III. Zweifelhafte Fälle | 60. |
| In Summa | 334. |

Der Unterschied der beiden Zusammenstellungen ist ein ganz auffälliger, fast gegensätzlicher. Absehen wollen wir zunächst von der Thatsache, dass in Rostock 10 % des Gesammtzuganges wegen eines Magenleidens die Poliklinik aufsuchte, während in München nur 6 % als magenkrank galten. Es erklärt sich dieser Unterschied wohl einfach aus dem Umstande, dass die Rostocker Poliklinik im Lande in dem Rufe steht, mit Vorliebe die Therapie der Magenkrankheiten zu kultivieren.

Sie wird daher gerade von derartig Erkrankten relativ mehr als von anderen aufgesucht. Derselbe zufällige äussere Grund bedingt es wohl, dass, während in München die Magencarcinome ganz fehlen, in Rostock unter einer halb so grossen Krankenzahl nicht weniger als 39 Magencarcinome zur Beobachtung kamen.

Der prinzipielle und wesentliche Unterschied liegt vielmehr darin, dass, während in München nur eine einzige Magenneurose, der Magenkrampf, und zwar mit 33 Fällen, also mit rund 8 % sämtlicher Magenerkrankungen aufgeführt ist, in Rostock nahezu die Hälfte aller beobachteten Magenkrankheiten als funktionelle Erkrankungen des Magens aufgefasst und behandelt wurden. Dementsprechend verhält es sich umgekehrt mit den Katarrhen. Der akute und der chronische Magenkatarrh, die zusammen in München 80 % aller Fälle, also weitaus die Hauptmasse aller Magenerkrankungen überhaupt ausmachten, schrumpfen in Rostock auf 23 Fälle (rund 7 %), also auf eine Art Rarität zusammen.

Es ist einleuchtend, dass dieser Unterschied, dieses geradezu gegensätzliche Verhalten, weder ein zufälliges ist, noch in der Verschiedenheit des Krankenmaterials begründet sein kann. Denn so gross sind die Unterschiede in Stammeseigentüm-

lichkeit und Lebensbedingung zwischen Nord und Süd entschieden nicht.

Die Erklärung der Differenz kann nur in der verschiedenen Diagnosestellung gesucht werden. Was dort Katarrh ist, heisst hier nervöse Dyspepsie und, was hier als rein funktionelle Erkrankung gilt, erhält dort einen pathologisch-anatomischen Namen.

Das ist der Grund, aber auch der einzige, der unsere Zusammenstellung wissenschaftlich verwertbar macht. Sie legt uns die Verpflichtung auf, die gegen früher und anderwärts veränderte Diagnosenstellung sachlich zu begründen.

Vergessen wir nicht, dass die Schemata, in die wir unsere Krankheitsfälle einordnen, d. h. mit anderen Worten unsere Diagnosen überhaupt, nur Abstraktionen sind, die lediglich den gerade gegenwärtig herrschenden oder uns individuell zu Gebote stehenden Grad von Erkenntnis der wirklichen krankhaften Veränderungen und Vorgänge wiedergeben. Ändern sich unsere thatsächlichen Kenntnisse über Art und Ablauf der Krankheitsvorgänge, so ändern sich notgedrungen auch unsere Diagnosen; dann aber passt auch das alte Krankheitsschema nicht mehr, in das wir früher unsere Diagnosen eintrugen.

Behring hat vor kurzem hervorgehoben, dass das noch in jedem Medizinal-Kalender abgedruckte Virchow'sche Krankheitsschema der modernen Lehre von den Infektionskrankheiten gegenüber keineswegs mehr genügt. Es stammt eben aus der vorbakteriologischen Zeit. Seitdem haben sich auf Grund der neuen, namentlich durch Koch geschaffenen Untersuchungsmethoden unsere Anschauungen über die Infektionskrankheiten derartig verändert und vertieft, dass das alte Kleid nirgends mehr passen will. Weshalb z. B. der Typhus abdominalis unter den

Infections- und nicht unter den Darmkrankheiten, dagegen die Pneunomie unter den Lungen- und nicht unter den Infectionskrankheiten aufgeführt wird, das entbehrt jetzt jedes sachlichen Grundes.

Eine ähnliche Umwälzung wie auf dem grossen Gebiete der Infektionskrankheiten haben uns nun aber die letzten 20 Jahre auf dem kleineren Gebiete der Magenkrankheiten gebracht. Derartige prinzipielle Umwälzungen auf einzelnen Gebieten der medizinischen Wissenschaft sind nun immer und ausschliesslich die Folge der Einführung neuer Untersuchungsmethoden. Versucht man grundsätzlich jeden einzelnen zur Beobachtung kommenden Fall mit Hülfe der neuen Methoden gründlich zu untersuchen, so ergiebt sich von selbst die Notwendigkeit, den neugewonnenen Resultaten und Anschauungen in der Diagnosenstellung gerecht zu werden, für sie ein neues, den gegenwärtigen Stand des Wissens wiedergebendes Schema aufzustellen.

Dass das neugewählte Krankheitsschema von diesem Standpunkte aus kein endgültiges, abgeschlossenes sein kann, ist selbstverständlich. Jeder Tag kann eben neue Erfahrungen bringen, die uns nötigen, die Erkrankungen wiederum anders zu gruppieren. Es lässt sich nicht leugnen, dass in einer derartigen Übergangsperiode den Diagnosen etwas Unsicheres und Unfertiges anhaftet. Ist der „kontinuierliche Magensaftfluss“ eine Krankheit sui generis (Riegel) oder nur ein nebensächliches Symptom einer anderen Erkrankung, beispielsweise der Gastrectasie, wie Schreiber will? Ist der alte Trousseau'sche Magenschwindel (vertigo e stomacho laeso) noch heute ein zu Recht bestehendes Symptom des Magenkatarrhs (Ewald) oder handelt es sich in solchen Fällen stets um Neurastheniker mit gastrischen Beschwerden? Derartige Fragen erheben

sich in grosser Zahl und werden je nach Neigung und prinzipieller Stellung des Untersuchenden eine verschiedene Beantwortung finden. Dementsprechend finden wir denn auch in den modernen Lehrbüchern der Magenkrankheiten aus den letzten Jahren (Ewald, Rosenheim, Leo, Boas u. s. w.) die Krankheitskategorieen in recht verschiedener Weise aufgestellt und umgrenzt. Aus demselben Grunde darf die Diagnosenstellung, wie sie in den letzten 3 Jahren in der Rostocker medizinischen Poliklinik geübt ist und in unserer Zusammenstellung zum Ausdruck kommt, nur als ein vorläufiger Versuch angesehen werden, das beobachtete Material an Magenkranken unserem jetzigen Wissen entsprechend in logisch übersichtlicher Weise zu gruppieren.

Wichtig erscheint es, bevor wir in eine sachliche Besprechung der Statistik eintreten, kurz hervorzuheben, in welcher Weise die thatsächlichen Daten bei der Untersuchung gewonnen wurden, auf welche die Diagnosenstellung sich stützt.

Früher war man bei der Untersuchung der Magenkranken der Hauptsache nach auf die subjektiven Klagen derselben angewiesen. Sieht man von der Fühlbarkeit eines Carcinoms, von der Möglichkeit, etwaiges Erbrochene auf Nahrungsreste, Blut u. s. w. zu untersuchen, ab, so blieb als krankhaftes Symptom im wesentlichen nur der etwas unsichere Begriff der Dyspepsie übrig. Liess sich eines der schwereren organischen Magenleiden wie Carcinom oder ulcus ausschliessen, so wurden die dyspeptischen Beschwerden so gut wie ausnahmslos auf einen vorausgesetzten chronischen oder akuten Katarrh bezogen. Was dabei während der Verdauungsperiode eigentlich im Magen vor sich gehe, wusste man nicht. Es wurde lediglich hypothetisch vermutet. Das ist, wie allgemein bekannt, anders

geworden durch die Einführung der Expressionsmethode mit Hülfe des Schlauches durch Leube, Ewald und andere. Seitdem ist es möglich geworden, dass, ebenso wie jeder Nierenkranke täglich und überall auf die Beschaffenheit seines krankhaften Nierensekretes untersucht werden kann und wird, jedem Magenkranken gegenüber die Möglichkeit vorliegt, den Inhalt seines Magens in jeder Phase der Verdauung der chemischen Untersuchung zugänglich zu machen. Aber nicht allein das, auch die so überaus wichtige motorische Funktion des Magens kann mit Hülfe des Schlauches jederzeit und vollständig kontrolliert werden. Aus diesem Grunde ist in der medizinischen Poliklinik in Rostock während der 3 Beobachtungsjahre ausnahmslos der Grundsatz durchgeführt worden, keinen Magenkranken in Behandlung zu nehmen, der sich nicht die Schlaucheinführung gefallen lässt.

Ebenso wie in den Kliniken schon seit Jahrzehnten ein gewisses Schema der Urinuntersuchung für jeden Kranken sich herausgebildet hat, ebenso wird jeder Magenkranke ohne Ausnahme nach bestimmten Gesichtspunkten der Untersuchung mit dem Schlauch unterworfen. Es ist mehrfach darüber diskutiert worden, ob es diagnostisch wertvoller sei, eine Stunde nach Verabreichung des Ewald'schen Probefrühstücks oder 4 — 5 Stunden nach Verabreichung der Leube'schen Probemahlzeit die Untersuchung des Mageninhalts vorzunehmen. Für poliklinische Verhältnisse erledigt sich diese Frage aus leicht begreiflichen äusseren Gründen dahin, dass nur das Probefrühstück anwendbar ist. Bei unseren sämtlichen Kranken beziehen sich daher die Aciditätsbestimmungen ausnahmslos auf den Mageninhalt, der $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden nach dem Probefrühstück exprimiert worden. Wenn irgend möglich, wurde

ausserdem noch eine Expression bei nüchternem Magen vorgenommen. Die Wichtigkeit gerade dieser Untersuchung hat sich bei wachsender Erfahrung immer mehr herausgestellt. Während in den früher beobachteten Fällen häufig noch Angaben über die Beschaffenheit des nüchternen Magens fehlen, wird diesem Punkte neuerdings besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Der, sei es aus dem nüchternen, sei es aus dem mit dem Probefrühstück beschickten Magen exprimierte Inhalt wird mit Hülfe der bekannten Reaktionen zunächst auf freie Salzsäure untersucht. Fällt die Reaktion auf freie Salzsäure positiv aus, so wird entsprechend den Erfahrungen von Martius (vergl. die Magensäure des Menschen von Martius und Lüttke) als sicher angenommen, dass andere Säurefaktoren als Salzsäure (organische Gährungs- und Zersetzungssäuren und saure Salze) in praktisch in Betracht kommender Menge fehlen, die Acidität lediglich vielmehr durch HCl bedingt ist. Die nunmehr vorgenommene Bestimmung der Acidität durch Titrierung mit Zehntelnormallauge erlaubt daher ohne weiteres, den Prozentgehalt der untersuchten Flüssigkeit an Gesamtsalzsäure direkt zu berechnen.

Fällt dagegen die Reaktion auf freie Salzsäure negativ aus, so ist erst noch besonders zu entscheiden, ob die Acidität nur durch Salzsäure bedingt ist oder nicht. Es geschieht das in allen wichtigen Fällen durch die quantitative HCl-Analyse nach Martius und Lüttke. Decken sich Acidität und Salzsäurewert, so fehlen organische Säuren. Andernfalls giebt die positive Differenz zwischen Acidität und HCl den Wert für Gährungs- und Zersetzungssäure an.

Gleich hier soll vorweg bemerkt werden, dass erhebliche Mengen organischer Säuren bei unserem Material bisher ausschliesslich beim carcinoma ventriculi gefunden sind. Was die motorische Funktion

des Magens betrifft, so haben wir uns gewöhnt, dieselbe als suffizient zu betrachten, wenn der Magen des Morgens nüchtern vollständig leer von Speiseresten vom Tage vorher gefunden wird. Nach der namentlich von Riegel vertretenen und verteidigten Anschauung soll der gesunde nüchterne Magen überhaupt leer sein. Besondere nach dieser Richtung hin an sicher magengesunden Soldaten in der Poliklinik angestellte Versuche haben ergeben, dass Schreiber Recht hatte, wenn er diese Annahme bestritt. Es fand sich im gesunden nüchternen Magen von 15 daraufhin untersuchten Individuen ausnahmslos eine saure, schleimige Flüssigkeit vor, deren Acidität lediglich durch Salzsäure bedingt war. Dieser im nüchternen Magen befindliche salzsaure Magensaft giebt die Peptonreaktion, enthält aber beim Gesunden niemals unverdaute Speisereste vom Tage vorher (Deutsche medizin. Wochenschrift 1894, Nr. 31).

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob der untersuchte Magen im Einzelfalle normale Lage, Grösse und Beweglichkeit habe. In der medizinischen Poliklinik in Rostock ist gegenwärtig eine Methode der Durchleuchtung des Magens in der Ausbildung begriffen, die, wie es scheint, im stande ist, alle diese 3 Punkte jedesmal in durchaus exakter Weise festzustellen. Leider fehlte diese Untersuchungsmethode in den 3 Jahren, über welche meine Statistik berichtet, noch. Es finden sich daher nur nach den bisher üblichen unsicheren Methoden gemachte Angaben über Grösse und Lage des Magens vor. Die Beurteilung des Einzelfalles wird durch Anwendung jener in der Ausbildung begriffenen Methode künftighin noch wesentlich an Sicherheit gewinnen.

Mit Hülfe dieses hier nur ganz kurz skizzierten Ganges der Untersuchung liess sich nun in jedem einzelnen Falle feststellen, ob den subjektiven Klagen des Kranken objektiv nachweisbare Veränderungen der Magenfunktion parallel gingen oder nicht. War der Magen des Morgens vor der ersten Nahrungsaufnahme frei von jeder Spur der Nahrung des Tages vorher, war in dem Zeitraum von $^3/_4$ bis $^5/_4$ Stunden nach dem Probefrühstück überschüssige (freie) Salzsäure im Mageninhalt nachweisbar, bewegte sich die Acidität desselben Mageninhalts innerhalb der Grenzen von 40—70 und fehlten Gährungs- und Zersetzungssäuren vollständig und dauernd, so wurden die Magenfunktionen als objektiv normal angesehen. Es ist einleuchtend, dass die Diagnose des Magenkatarrhs als einer auf pathologisch-anatomisch nachweisbaren Veränderungen beruhenden Erkrankung nur berechtigt sein kann, wenn sich nachweisen lässt, dass diesen krankhaften Veränderungen auch veränderte Funktionen (Arbeitsleistungen) entsprechen. Das ist in der That von jeher von seiten der Kliniker und Ärzte angenommen worden. Strümpell z. B. giebt in seinem allgemein anerkannten Lehrbuch an, dass bei allen Kranken mit chronischem Magenkatarrh folgende Anomalieen der Funktion sich nachweisen lassen müssten:

1. Mangelhafte Sekretion des Magensaftes, also Verminderung des Salzsäuregehaltes.
2. Abnorme Gährungen und Zersetzungen (Milchsäure, Buttersäure, Essigsäure, Alkohol u. s. w.).
3. Vermehrte Schleimproduktion.
4. Motorische Störungen, namentlich in Form verminderter Peristaltik und dadurch bedingter Stagnation des Mageninhalts.
5. Störungen der Resorption, wozu dann endlich die subjektiven Symptome, Herabsetzung des

Appetits, Aufstossen, Sodbrennen u. s. w. sich gesellen.

Legen wir diesen Massstab an unsere in der angegebenen Weise genau untersuchten Kranken an, so ergiebt sich von selbst, dass und warum die Diagnose des chronischen Magenkatarrhs in unserer Zusammenstellung so selten ist.

In keinem der unter II. (funktionelle Neurosen) aufgeführten 124 Fälle fanden sich eben jene nach Strümpell dem chronischen Magenkatarrh objektiv zukommenden Symptome vor. Die einzige Frage, die diskutierbar bleibt, ist die, ob man nicht doch den subjektiven Klagen des Patienten entsprechend eine leichtere Form des Katarrhs annehmen müsse, dem zwar jene schweren objektiven Funktionsstörungen (verminderte Saftsekretion, abnorme Zersetzungen, motorische Insuffizienserscheinungen) noch fehlen, der aber durch einen vermehrten Schleimgehalt des Mageninhaltes sich kenntlich mache. In der That ist der Schleimgehalt der untersuchten Mageninhalte ein wechselnder. Unsicher war bisher die Grenze, bei welcher ein wachsender Schleimgehalt als pathologisch anzusehen sei. Wem ein nach seiner Meinung das physiologische Mass überschreitender Schleimgehalt zur Diagnose des Katarrhs genügt, der wird geneigt sein, wenigstens bei einem Teil unserer Fälle, die rein funktionelle oder nervöse Natur der Erkrankung zu bestreiten. Dieser bisher offenen Möglichkeit, einen je nach subjektivem Ermessen mehr oder weniger grossen Schleimgehalt des Mageninhaltes als genügenden Beweis für eine organische Erkrankung der Magenschleimhaut (eben der gastritis chronica) anzusehen, ist nun durch dieselben Versuche der Boden entzogen, welche das Vorkommen eines salzsäurehaltigen Saftes im nüchternen, gesunden Magen nachwiesen. Jene Magen-

inhalte enthielten eben durchweg recht erhebliche Schleimmengen, sodass einzelne derselben fast den Eindruck einer gallertartigen Beschaffenheit machten. Wenn aber nachweisbar der gesunde, nüchterne Magen derartige Schleimmengen produziert, dann wird es zur Unmöglichkeit, auf das Vorhandensein einer gewissen Schleimmenge allein die Diagnose eines Katarrhs zu gründen. In einer eben erschienenen Arbeit: Erfahrungen über die Therapie der Magenkrankheiten, Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 103, 1894, sagt Fleiner wörtlich: „Ausser Speiseresten oder statt dieser können sich auch noch andere Stoffe im nüchternen Magen vorfinden: Schleim, als Zeichen bestehenden Katarrhes, salzsäurehaltige Flüssigkeit als Zeichen krankhafter Reizung der Drüsenelemente.“ Diese Regel konnte nur entstehen, weil man es unterliess, gesunde nüchterne Magen in genügender Zahl zu untersuchen. Jene 15 absolut gesunden Soldaten, an denen Martius seine Versuche anstellte, hatten nüchtern sowohl Schleim wie salzsäurehaltige Flüssigkeit im Magen. Damit ist die negative Seite der Sache erledigt.

Katarrhe in dem fest begründeten pathologisch-anatomischen und klinischen Sinne des Wortes sind jene 124 Fälle unserer Statistik nicht. Gemeinsam ist ihnen allen, dass den starken objektiven Klagen der Kranken, die sich im wesentlichen auf Appetitlosigkeit, Unbehagen oder Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, Aufstossen u. dgl. bezogen, objectiv nachweisbare Veränderungen des Organs im pathologisch-anatomischen Sinne fehlen.

Es ist daher gerechtfertigt, sie unter der Rubrik: „Funktionelle Erkrankungen des Magens“ zusammenzufassen, Andererseits jedoch ergeben sich bei genauerer Würdigung der subjektiven Klagen und

des objektiven Befundes derartige Unterschiede bei den einzelnen Fällen, dass eine klinische Sonderung durchaus notwendig erscheint.

Zunächst hebt sich als besonders charakteristisch eine Gruppe von Kranken heraus, bei denen die dyspeptischen Klagen nicht isoliert dastehen, sondern von einer grossen Reihe anderer Beschwerden in wechselnder Kombination begleitet sind. Diese Kranken klagen über Herzklopfen, Kopfdruck, Extremitätenschmerzen unbestimmter Art, Schlaflosigkeit, Angstzustände (Platzangst, besonders häufig Schwindelgefühle etc.), kurz, sie erweisen sich als typische Neurastheniker, die nur deshalb den Magenarzt aufsuchen, weil ihre Krankheitsvorstellungen zufällig vorwiegend am Verdauungsvorgang haften. Objektiv findet man bei diesen Kranken, worauf Professor Martius mehrfach aufmerksam machte, fast ausnahmslos erhöhte Reflexe, namentlich erhöhte Kniephänomene. Für diese Klasse von Kranken ist die Bezeichnung: „Typische Neurasthenie mit vorwiegend dyspeptischen Beschwerden" gewählt. Was die Funktionsprüfungen des Magens betrifft, so können dieselben entweder vollkommene normale Verhältnisse ergeben, oder aber die eine oder die andere Funktion kann pathologisch herabgesetzt oder gesteigert gefunden werden. Dies gilt von der Saftsekretion ebenso wie von der motorischen Funktion. Als Beispiel diene der schon von Prof. Martius in der kleinen Arbeit (Deutsche medizin. Wochenschrift 1894, Nr. 31) geschilderte Fall eines typischen Neurasthenikers, bei dem die anfängliche Hyperacidität von 110 (!) ganz plötzlich ohne erkennbaren Grund in Hypacidität von 6 (!) umschlug. Bei derartigen Kranken wird von spezialistischer Seite häufig das eine oder das andere hervortretende Symptom zur Krankheit gestempelt, gewiss mit Unrecht. Noch

verwirrender wirkt die Neigung der Spezialisten, in der vorwiegend gestörten Funktion bei solchen Kranken die Ursache aller anderen Beschwerden zu sehen. Nicht blos der Gynäkologe hat die Neigung, alles „von einem Punkte“ aus zu kurieren. Wenn wir sehen, dass bei Fliess neuerdings alle Neurastheniker ursprünglich nasenkrank sind, so können wir uns nicht wundern, dass selbst bei anerkannten Autoren immer noch der „Magenschwindel“ eine grosse Rolle spielt, während die genaue klinische Beobachtung unserer Fälle mit Sicherheit ergiebt, dass da, wo das Trousseau'sche Phänomen vorhanden war, wir es mit hochgradigen Neurasthenikern zu thun hatten, die ausser über dyspeptische Beschwerden auch über Schwindelgefühle klagten.

Von dieser wohl charakterisierten Gruppe hebt sich eine zweite ab, bei der die subjektiven Klagen nur auf den objektiv ganz normal funktionierenden Magen sich beziehen, während andere neurasthenische Symptome völlig fehlen. Das sind die nervösen Dyspeptiker im ursprünglichen Sinne Leubes. Das häufige Vorkommen gerade dieser Kranken ist nach unserer Erfahrung unzweifelhaft. Fürbringer hat diese Krankheitsgruppe kürzlich unter dem Stichwort des „schwachen Magens“ von neuem beschrieben. In der Rostocker Poliklinik werden sie als nervöse Dyspeptiker im Sinne Leubes geführt.

Wiederum deutlich unterschieden von diesen Kranken sind solche nervöse Dyspeptiker, bei denen ebenfalls anderweitige neurasthenische Symptome fehlen, bei denen aber die objektive Funktionsprüfung die eine oder die andere Funktion krankhaft verändert, d. h. gesteigert oder vermindert findet. Das sind die Fälle, in denen mehr noch als bei den typischen Neurasthenikern die Neigung der Magenspezialisten

hervortritt, besondere Krankheiten zu konstruieren, das Symptom zur Krankheit zu machen. Wie wenig das berechtigt ist, hat Herr Prof. Martius in letzter Zeit an dem Beispiel der sogen. Hyperacidität und des Riegel'schen kontinuierlichen Magensaftflusses gezeigt. Es scheint daher vorläufig das richtigste zu sein, solche Fälle als nervöse Dyspepsie mit dem betreffenden hervorstechenden Symptom als Beinamen zu bezeichnen, wie das in der Tabelle geschehen ist. Was das Häufigkeitsverhältnis der Erkrankungen letzterer Art betrifft, so ergiebt die Tabelle, dass nach den bisherigen Erfahrungen in der Rostocker Poliklinik die Dyspeptiker mit Hyperacidität viel häufiger waren als solche mit Anacidität oder mit motorischen Anomalieen, bezüglich abnormer Lage- und Grösseveränderungen des Magens. Es darf jedoch nicht verschwiegen werden, dass die in der dreijährigen Beobachtungszeit auf die letzten Punkte (Lage, Grösse, Beweglichkeit des Magens) gerichteten landläufigen Untersuchungsmethoden kaum als genügend angesehen werden können. Wie schon bemerkt, verspricht die in der Poliklinik in der Ausbildung begriffene Durchleuchtungsmethode künftighin exaktere Resultate zu Tage zu fördern, als bisher. Wahrscheinlich werden sich unsere Anschauungen über die genannten Punkte mit fortschreitender Erfahrung noch recht erheblich ändern müssen.

Hervorgehoben soll nur noch werden, dass die jetzt so beliebte Diagnose der Magenatonie und Erweiterung nach unseren Erfahrungen viel häufiger theoretisch konstruiert, als in der Wirklichkeit begründet ist.

Was die Ätiologie der funktionellen Erkrankungen des Magens betrifft, so deckt sich dieselbe im allgegemeinen mit der Ätiologie der funktionellen Neurosen überhaupt.

Kummer, Sorge, Überanstrengung der Körper- und Geisteskräfte, nach welcher Richtung hin auch immer, so also auch sexuelle Ausschweifungen, vorzugsweise Onanie, ferner Konstitutionsanomalieen im weitesten Sinne, wie Anämie, Chlorose, Malaria, Syphilis vermögen das Gesammtnervensystem, also auch die Magennerven zu schwächen, sodass die nervös-dyspeptischen Erscheinungen häufig gerade allein als Äusserung der Nervosität und recht quälend auftreten.

Was die Prognose dieser funktionellen Magenneurose betrifft, so ist sie quoad vitam gewiss günstig zu stellen, bezüglich einer dauernden vollkommenen Heilung des Übels aber im allgemeinen nicht, wie das ja auch für die allgemeine Neurasthenie gilt. Am günstigsten stellt sich die Prognose bezüglich einer dauernden völligen Heilung des Leidens, wenn ihm eine andere Krankheit zu Grunde liegt, die heilbar ist.

Ich denke hier an gewisse konstitutionelle Krankheiten, wie Chlorose und Syphilis, die einer erfolgreichen Behandlung zugänglich sind. So hat v. Sohlern (Die häufigsten Magenkrankheiten und deren Behandlung, Bad Kissingen, Hailmanns Verlag) in 3 Fällen bei dem Erscheinen von syphilitischen Recidiven nervös-dyspeptische Beschwerden auftreten sehen, die bei Behandlung des Grundleidens regelmässig schwanden und die nachweisbar nicht auf einer organischen Magenerkrankung basierten. So wird man auch bei Chlorotischen, die an ausgesprochener nervöser Dyspepsie leiden, mit Erfolg Eisen verordnen.

Für die letzteren Zustände ist schon ein Fingerzeig bezüglich der Therapie gegeben. Für die anderen Magenneurosen aber, und es sind dies gerade die häufigsten, denen nachweisbar keine Konstitutionsanomalie zu Grunde liegt, sondern wo das Nerven-

system gewissermassen sui generis erkrankt ist, steht das weite und immerhin dankbare Gebiet der Nerventherapie zu Gebote. Also hier ist richtige Abwechselung zwischen Ruhe und Arbeit am Platze, hier ist kräftige ausreichende Ernährung mit überwiegend animalischer Kost bei Hyperacidität, mit überwiegend vegetabilischer bei Hypacidität, reine Luft, womöglich Aufenthalt im Gebirge oder an der See, Hautpflege in Form von kühlen Abreibungen oder lauwarmen Bädern, die allmählich niedriger temperiert genommen werden, hier ist allgemeine Körpermassage, auch allgemeine Faradisation nach Beard und Rockwell, mit besonderer Berücksichtigung der Magengegend indiziert.

Auch Zimmergymnastik z. B., nach Schreber ausgeführt, Spazierengehen in der angemessenen Zeitdauer, fröhliche Gesellschaft, durch deren gesunden Humor man angesteckt wird, können wesentlichen Nutzen stiften. Gerade das letzte Heilmittel ist keineswegs zu unterschätzen. Wie Trauer und Kummer das Nervensystem herabstimmt und die Verdauungssphäre ungünstig beeinflusst, so wirkt umgekehrt Heiterkeit und Fröhlichkeit förderlich auf das Nervensystem, also auch auf Magennervensystem. Derselbe nervöse Dyspeptiker, der heute in gedrückter Stimmung bei einer leicht verdaulichen Kost die heftigsten Beschwerden hat, kann morgen in fröhlicher Gesellschaft, durch die er selbst freudig erregt wird, die schwerstverdaulichen Mahlzeiten ohne Beschwerden geniessen.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Martius, für die freundliche Überlassung des poliklinischen Materials und die Formulierung der in der Arbeit niedergelegten Anschauungen meinen ergebensten Dank auszusprechen.